

Conférence de presse du

Dr. Michel Chassang, Président de la CSMF

Le 6 avril 2010

Note de presse

La CSMF lance son mouvement de contestation tarifaire

- Après 3 ans de blocage conventionnel imposé par le gouvernement afin d'interdire toutes avancées sur les honoraires médicaux,
- Après la mise en jachère de la convention décidée par le gouvernement qui a refusé de voir les médecins bénéficier d'une nouvelle convention et leur a imposé un règlement conventionnel arbitral,
- Après le mépris affiché par le gouvernement à de nombreuses reprises en direction du corps médical, qu'il s'agisse de la gestion de la pandémie grippale, de la mise en œuvre de la loi Bachelot, de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010 ou encore de la création de commissions diverses traitant de l'avenir de la profession sans médecins libéraux, ni syndicats médicaux :

Trop c'est trop !

Les médecins libéraux en ont ras le bol !

Leurs difficultés, toutes spécialités confondues, ne sont ni entendues ni traitées. Le report des élections aux URPS ne permettra aucune avancée conventionnelle avant la fin 2011, dans le meilleur des cas. Les médecins libéraux sont lassés des promesses non tenues et de voir sans cesse reportée les accords signés concernant leurs honoraires.

Le refus d'appliquer les accords sur les honoraires revient à nier la valeur de l'acte médical

Les médecins libéraux qui jouent un rôle d'amortisseur social dans une société plus que jamais en crise, n'acceptent pas d'être déconsidérés et de voir la valeur de leur travail ainsi niée.

En faisant tout pour ne jamais appliquer les revalorisations signées et les engagements conventionnels attendus par la profession, le gouvernement, qui bien évidemment fait des économies sur le dos des médecins, adresse un message très négatif aux médecins. Celui de la négation de la valeur de l'acte médical.

Nier la valeur de l'acte médical c'est nier le rôle du médecin dans notre système de soins et dans la société. C'est nier toute la valeur ajoutée d'une profession au service des patients.

D'autre part, en marchant sur les accords signés, le gouvernement fait reculer le paritarisme et s'assoit sur la convention. Il lui revient certes, de fixer le cadre des négociations, c'est ce qu'il fait en votant les lois de financement de la sécurité sociale, mais pas de s'immiscer dans la gestion de la convention qui relève de la négociation entre les parties signataires, les syndicats médicaux et les caisses.

La CSMF a exigé que tous les engagements conventionnels sur les honoraires signés dans le cadre de la convention de 2005, soient mis en œuvre dans le règlement arbitral qui devait être présenté à partir du 12 avril. Il ne s'agit pas d'une surenchère mais de **solder la convention de 2005** avant d'en

construire une autre sur de nouvelles bases. Recycler le passif de la précédente convention dans la suivante est un principe totalement inacceptable.

Pour que les médecins puissent avoir confiance dans le pacte conventionnel et que la CSMF puisse s'engager dans une nouvelle convention, **il faut que les engagements et les signatures soient respectés. C'est un préalable incontournable**.

Passer à l'action pour imposer le respect des engagements signés

Selon les informations qui circulent, la présentation du règlement conventionnel devrait être repoussée vraisemblablement au-delà de l'échéance prévue du 12 avril. Ceci laisse peu d'espoir sur l'issue de faire aboutir les revendications des médecins.

Cette situation démontre qu'il est désormais temps, pour la CSMF, de passer à l'action de façon déterminée pour imposer au gouvernement et aux caisses de respecter les engagements et ainsi de respecter les médecins. Les voies de la discussion sont à présent épuisées.

C'est pourquoi la CSMF, premier syndicat médical français, a décidé de mobiliser tous les médecins libéraux pour imposer le respect des engagements conventionnels sur les honoraires. Dès le lundi 12 avril, la CSMF engagera un mouvement de protestation tarifaire pour tous les médecins.

Le mouvement de la CSMF est un mouvement fédérateur qui rassemble tous les médecins libéraux autour d'un objectif commun, simple et clair : le respect des médecins commence par le respect des engagements conventionnels signés.

Le mouvement de protestation tarifaire de la CSMF s'adresse à tous les médecins généralistes car le C à 23 € est pour tous, qu'ils soient qualifiés spécialistes ou non. Il s'adresse à **tous les spécialistes** quelle que soit leur spécialité, clinique ou technique.

Avec tact et mesure, à l'exclusion des patients en CMU, la CSMF appelle :

- **tous les médecins généralistes** à appliquer la consultation au cabinet à 23 € et la visite à domicile à 33 €, telles que prévues dans l'avenant n°23 signé le 27 mars 2007.

- **Tous les médecins spécialistes** à appliquer le C2 consultant tel que prévu dans l'avenant n° 23 signé le 27 mars 2007, suivi d'une décision de la commission de hiérarchisation du 26 septembre 2007 et d'un accord de l'UNCAM en date du 27 novembre 2007.

- **Tous les médecins en cabinets et en établissements** à exiger le paiement de leurs astreintes dès lors qu'ils sont inscrits sur le tableau des gardes.

Pour aider les médecins à afficher leurs revendications et à prévenir leurs patients, la CSMF a mis à leur disposition 3 affiches à apposer dans leur salle d'attente. Ces affiches seront diffusées par le canal du journal de la CSMF « le Médecin de France » mais également par le canal de l'U.MES.PE, de

l'UNOF, du site internet de la CSMF www.csmf.org où ces affiches seront proposées en téléchargement. Enfin, la CSMF lancera une action de communication en direction des médecins libéraux dans le cadre de la presse professionnelle médicale à compter du lundi 12 avril 2010.

La CSMF est déterminée à faire aboutir les justes revendications des médecins qui consistent à obtenir l'application de ce qui a été signé voici plus de trois ans avant de pouvoir construire une nouvelle convention. Il ne s'agit en aucun cas de surenchère mais d'un combat juste, contre des partenaires déloyaux qui n'honorent pas leur signature.

La CSMF s'est organisée pour accompagner les confrères dans cette bataille sur le terrain et face aux caisses qui n'ont aucun argument pour les empêcher de coter ce qu'elles ont-elles-mêmes signé au niveau national voici plus de trois ans.

La CSMF invite les médecins à se mobiliser très massivement sur cette action de protestation tarifaire. Ses syndicats départementaux se tiennent à la disposition de tous les médecins libéraux afin de leur fournir tous les éléments de réponse, notamment juridiques qui pourraient les intéresser. Plus que jamais la CSMF souhaite imposer le respect des engagements conventionnels. C'est un élément essentiel pour l'avenir de la convention.

****

Un médecin ça se respecte !

Faisons respecter les engagements conventionnels sur nos honoraires !

Protestation tarifaire mode d'emploi

Vous appliquez le C à 23 € et la visite à 33 €



Le 31 mars 2010



A compter du 12 avril, la CSMF appelle tous les médecins généralistes à appliquer la consultation au cabinet 23 €, la visite à domicile 33 € (sauf pour les CMU et AME), et appelle également tous les médecins spécialistes à appliquer l'avis ponctuel de consultant C2 à 46 €, tels que prévus dans l'avenant n°23 signé le 29 mars 2007.

Trop, c'est trop ! Il est insupportable de voir le gouvernement sans cesse repousser la mise en œuvre des accords conventionnels !
Prenons d'autorité ce qui nous est dû !
Un médecin ça se respecte ! Les engagements conventionnels aussi !



LES TEXTES

Avenant n°23 à la Convention médicale du 12 janvier 2005, signé le 29 mars 2007 et paru au Journal officiel du 3 mai 2007
L'article 5 précise que **« Les parties conviennent de porter en 2008 à 23 € la valeur de la lettre clé C. »**
En signant cet avenant, la Caisse s'est engagée à appliquer la revalorisation du C à 23 € **au 1er juin 2008.**

Article 5.4.1.1 de la Convention pour les mesures de sanctions conventionnelles

Article L162-1-14-1 (article 54 de la Loi HPST) pour les sanctions financières



COMMENT L'APPLIQUER ?

Pour la consultation au **cabinet**, vous remplissez la feuille de soins comme à l'habitude, en indiquant :

- la lettre clé C,
- 23 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- un montant total de 23 €, dans la partie « paiement ».

Pour la consultation en **visite**, vous indiquez :

- la lettre clé V,
- 23 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- 10 € dans la colonne « frais de déplacement » MD,
- un montant total de 33 €, dans la partie « paiement ».

Pour **l'avis ponctuel de consultant**, vous indiquez :

- la lettre clé C2,
- 46 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- un montant total de 46 €, dans la partie « paiement ».

CSMF- 79,Rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél. : 01 43 18 88 00 - csmf@csmf.org
www.csmf.org







SANCTIONS POSSIBLES

→ SANCTIONS CONVENTIONNELLES

La procédure engagée par la Caisse contre le médecin qui applique une consultation à 23 € est de l'ordre conventionnel. Le médecin qui applique, de façon répétée, des tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés peut être sanctionné par la Caisse par **la suspension de la participation des Caisses à la prise en charge des avantages sociaux ou par la mise hors convention, pour une durée variable.**

Etape 1 : La Caisse envoi au médecin **un avertissement** par lettre recommandée AR. Le médecin a **1 mois pour modifier sa pratique**. A défaut, la CPAM communique pour le compte de l'ensemble des caisses, le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec AR.

Etape 2 : A compter de la date de communication du relevé des constatations, le médecin dispose **d'1 mois pour présenter ses observations** éventuelles **ou être entendu** à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Etape 3 : Ce même relevé de constatations va être communiqué à la **commission paritaire locale** (CPL), qui a **1 mois** pour rendre son avis, à défaut il est réputé rendu.

Etape 4 : Le directeur de la Caisse prend une décision qui doit être motivée, et doit être notifiée au médecin par lettre recommandée AR, avec copie à la CPL. Il doit y être mentionné la date d'effet de la décision et les voies de recours.

BON A SAVOIR, IL Y A 2 VOIES DE RECOURS POSSIBLES :

→**Une voie de recours de droit commun :** Le médecin peut contester la décision de la Caisse et faire un recours (suspensif) **devant le TASS dans les 2 mois** qui suivent la notification initiale.
→**Une voie de recours particulière :** Lorsque le médecin fait l'objet d'une mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois, il peut saisir, dans le délai d'1 mois, la **commission paritaire régionale (CPR)**, « à titre de commission d'appel ». De même, lorsque le médecin fait l'objet d'une mise hors convention d'une durée supérieure à 1 mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois, il peut saisir, dans le délai d'1 mois, la **commission paritaire nationale (CPN)** à titre de « commission d'appel ». Le Directeur de la Caisse, sur la base de l'avis de la CPR ou de la CPN, pourra éventuellement décider de modifier sa décision.

La saisine de la CPR ou de la CPL, même si elle est qualifiée de « commission d'appel » ne modifie en rien les modalités de saisine et surtout les délais de voies de recours devant le TASS. Le médecin doit donc veiller, à titre conservatoire, à saisir le TASS avant que le délai de 2 mois suivant la notification initiale de la sanction n'expire.

→ PENALITES FINANCIERES (en attente de décret)

La Loi HPST a introduit une nouvelle modalité de sanction, sous la forme de pénalités financières, qui rentrera en vigueur dès parution au journal official du décret d'application.

Le Directeur de la Caisse peut décider de poursuivre le médecin qui applique le C à 23 €, et qui ainsi expose les patients à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention.

Etape 1 : Lorsqu'il a connaissance de ces faits, le directeur de la Caisse adresse, par tous moyens, au médecin en cause une **notification** qui précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue.
Il est précisé que le médecin dispose alors d'**1 mois**, à compter de la réception de la notification, **pour demander à être entendu**, s'il le souhaite et pour présenter ses observations écrites.





Etape 2 : A l'issue du délai **d'1 mois à compter de la notification** ou après audition du médecin mis en cause, le directeur peut **abandonner les poursuites, prononcer un avertissement dans les 15 jours** (sauf en cas de fraude) ou **saisir la commission des pénalités dans les 15 jours**.
Cette dernière a alors **2 mois** pour rendre un avis motivé, au directeur et au médecin en cause, portant sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité.

Etape 3 : Une fois l'avis rendu, ou réputé rendu, le directeur peut **décider soit d'abandonner, soit de poursuivre la procédure** et la pénalité est alors notifiée au médecin dans le délai d'un mois
Le médecin a 1 mois pour payer au risque d'être mis en demeure et a 2 mois pour saisir le Tribunal administratif.

Selon le projet de décret soumis à ce jour, et sous réserve de sa parution, le montant des pénalités peut être compris entre 100 % et 200 % du montant des dépassements (soit entre 1€ et 2€ par acte avec dépassement). En cas de récidive, dans un délai de 3 ans, en plus des pénalités, pourra être prononcée une suspension de participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximale de 5 ans.

BON A SAVOIR : le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités décrit ci-dessus et à la procédure conventionnelle.



ARGUMENTS POUR DEFENDRE LE MEDECIN

1) La revalorisation de la lettre clé C à 23 euros, telle que prévue dans l'avenant n°23 à la Convention, a été signé par l'Union des Caisses d'assurances maladie le 29 mars 2007. Ce texte est paru au Journal officiel du 3 mai 2007.
L'article 5 précisait en effet que ***« Les parties conviennent de porter en 2008 à 23 euros la valeur de la lettre clé C. Ils prévoient de mettre en œuvre cette revalorisation au 1er juin 2008, en vue de la mise en place de la CCAM clinique, en fonction des marges de manœuvres prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et compte tenu de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée et dans la prévention en 2007 et 2008.»***

Dès lors, plus rien ne s'oppose à l'application de l'avenant n° 23. En effet, les 3 conditions mises par la Ministre à l'application de cet avenant sont remplies :
- La réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée, réalisés en 2009 à 71 % avec 2,2 milliards d'économie sur les 4 dernières années, situation inédite
- La démographie médicale par les Contrats Santé Solidarité imposés aux médecins par la Loi
- Enfin, le problème des dépassements d'honoraires avec la signature du protocole sur le Secteur Optionnel

2) S'agissant d'une revalorisation conventionnelle, le médecin ne peut pas être poursuivi pour non application des honoraires prévus par la Convention.

3) L'application de ce montant de 23 € se fait en accord avec le patient, qui a été au préalablement informé du tarif, par voie d'affichage dans la salle d'attente, et qui a ainsi donné son consentement. Le patient doit également avoir été informé de sa possibilité de refuser de payer le montant de 23 €.

Le service juridique de la CSMF se tient à votre disposition pour vous défendre et vous conseiller dans vos démarches.

Un médecin ça se respecte !

Faisons respecter les engagements conventionnels sur nos honoraires !

Protestation tarifaire mode d'emploi

Spécialité clinique, vous appliquez l'acte de consultant C 2 prévu par l'avenant n°23

Le 31 mars 2010



A compter du 12 avril, la CSMF lance un mouvement de contestation tarifaire pour tous les médecins. La CSMF appelle tous les médecins généralistes à appliquer la consultation au cabinet 23 €, la visite à domicile 33 € (sauf pour les CMU et AME), et tous les médecins spécialistes à appliquer l'avis ponctuel de consultant **C2 à 46 €,** tels que prévus dans l'avenant n°23 signé le 29 mars 2007.

Trop, c'est trop ! Il est insupportable de voir le gouvernement sans cesse repousser la mise en œuvre des accords conventionnels ! Prenons d'autorité ce qui nous est dû ! Un médecin ça se respecte !
Les engagements conventionnels aussi !



TEXTES ET PROCEDURE

Avenant n°23 à la Convention médicale du 12 janvier 2005, signé le 29 mars 2007 et paru au Journal officiel du 3 mai 2007
Article 7 :
« Les parties signataires s'engagent à consolider le rôle des médecins consultants dans le cadre du parcours de soins. Elles examineront notamment les conditions d'exercice des spécialités cliniques qui interviennent comme médecins consultants à travers un aménagement de la nomenclature par la commission de hiérarchisation des actes professionnels lorsque l'avis de consultant requiert un bilan complémentaire. »

Décision de la Commission de hiérarchisation des actes du 26 septembre 2007
Il s'agit de permettre aux médecins consultants de revoir leurs patients en cas d'examens complémentaires ou de réalisation d'actes techniques nécessaires à l'établissement de leur diagnostic, conformément à ce qui est prévu dans la Convention de 2005.

L'UNCAM informe la Ministre, l'UNPS et les organisations représentatives des médecins, conformément à l'article R162-52 II du CSS, le 27 novembre 2007.

Le Directeur Général de l'UNCAM saisi pour avis le Directeur de l'UNOCAM le 27 décembre 2007. L'UNOCAM rend son avis le 17 avril 2008.

Conformément à l'article R162-52 III du CSS, la décision de l'UNCAM est <u>réputée approuvée</u>, en l'absence d'opposition motivée de la ministre dans les 45 jours.

CSMF- 79,Rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél. : 01 43 18 88 00 - csmf@csmf.org
www.csmf.org





COMMENT L'APPLIQUER LA NOUVELLE EXTENSION DU C2 ?

→ Rappel du principe de l'avis ponctuel de consultant

L'avis ponctuel de consultant est un **avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite (pas forcément écrite) du médecin traitant** ou, par dérogation pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. **Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus** et **à laisser au médecin traitant ou au chirurgien dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions**.

Le médecin consultant ne peut pas coter C2 s'il a reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation et s'il doit le revoir dans les 6 mois suivants (Convention de 2005, article 1.2.2). Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue et de l'électrocardiogramme.

Le médecin traitant ou le chirurgien dentiste **s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ;** dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical. La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

→ L'extension mise en place par l'avenant n° 23

a. Lorsqu'un médecin spécialiste, dont la part annuelle en honoraires remboursables des consultations et des avis de consultant est **d'au moins 90% de ses honoraires** remboursables totaux, a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. **Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde CS.**
Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques au décours d'un avis ponctuel de consultant.

b. Lorsqu'un médecin spécialiste, dont la part annuelle en honoraires remboursables des consultations et des avis de consultants est de **moins de 90% de ses honoraires** remboursables totaux, a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient une seconde fois pour les réaliser. **Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur.**
Ce médecin ne facture jamais de CS au décours d'un avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

c. Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.





→ Champ et honoraires

a. Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible **<u>à tous les spécialistes</u>** quelle que soit leur filière de formation.

b. Honoraires

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées ci-dessus « Principe » :

- C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste
- V2 : visite au domicile du malade
- C2,5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue :
- V2,5 : visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue :

→ Cas particuliers

C2 des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le chapitre 1er de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 712-40 et 41 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).
Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.
Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant C3.



ARGUMENTS POUR DEFENDRE LE MEDECIN L'APPLICATION DU C2 ELARGI AUX SPECIALITES CLINIQUES

Les parties signataires se sont engagées en signant, le 29 mars 2007, **l'avenant n°23 à la Convention médicale** à consolider le rôle des médecins consultants dans le cadre du parcours de soins et à permettre aux médecins consultants de revoir leurs patients en cas d'examens complémentaires ou de réalisation d'actes techniques nécessaires à l'établissement de leur diagnostic.



Protestation tarifaire mode d'emploi
Spécialité clinique, vous appliquez l'acte de consultant C 2 prévu par l'avenant n°23



La **Commission de hiérarchisation des actes du 26 septembre 2007, qui est composée de représentants des syndicats représentatifs et des représentants de l'UNCAM,** a examiné les conditions d'exercice des spécialités cliniques qui interviennent comme médecins consultants à travers un aménagement de la nomenclature lorsque l'avis de consultant requiert un bilan complémentaire.

L'UNCAM a ensuite respecté l'ensemble de la procédure prévue par l'article L162-1-7 du CSS et l'article R162-52 CSS. Elle a ainsi **informé la Ministre, l'UNPS et les organisations représentatives des médecins,** et a ensuite **saisi pour avis l'UNOCAM**.

La Ministre n'ayant pas fait part de son opposition au texte dans le délai de 45 jours prévu par l'article R162-52 du CSS, la décision de l'UNCAM, de modifier les modalités d'application du C2, est réputée approuvée.

Dès lors, rien ne s'oppose à l'élargissement de l'utilisation du C2 pour les spécialités cliniques.

Le service juridique de la CSMF se tient à votre disposition pour vous défendre et vous conseiller dans vos démarches.

Un médecin ça se respecte !

Faisons respecter les engagements conventionnels sur nos honoraires !

Protestation tarifaire mode d'emploi

Spécialiste en établissement, imposez le paiement de vos astreintes



Le 31 mars 2010



A compter du 12 avril, la CSMF lance un mouvement de contestation tarifaire pour tous les médecins. La CSMF appelle tous les médecins spécialistes à facturer aux caisses leurs astreintes en établissement. Elle a également appelé tous les médecins généralistes à appliquer la consultation au cabinet 23 €, la visite à domicile 33 € (sauf pour les CMU et AME), et tous les médecins spécialistes à appliquer l'avis ponctuel de consultant **C2 à 46 €,** tels que prévus dans l'avenant n°23 signé le 29 mars 2007.

Trop, c'est trop ! Il est insupportable de voir le gouvernement sans cesse repousser la mise en œuvre des accords conventionnels ! Prenons d'autorité ce qui nous est dû ! Un médecin ça se respecte ! Les engagements conventionnels aussi !



Actuellement, et sauf exception, le paiement des astreintes en établissement n'est reconnu que pour 2 chirurgiens et 1 anesthésiste par site autorisé.
La CSMF réclame la fin du bénévolat, et la rémunération de 150 euros par astreinte pour tout praticien participant effectivement aux astreintes dans le cadre du service d'urgence, quelque soit sa spécialité.



TEXTES ET JURISPRUDENCE

→ **Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences.**
Ce décret créé les différents services d'urgence : SAU, POSU, UPATOU. Il définit également les normes concernant les locaux, les médecins, le personnel, l'ouverture 24H/24H. Il précise l'obligation de disponibilité des médecins spécialistes de l'établissement.

→ **Accords du 24 août 2004** qui fixent la rémunération des astreintes.

→ **La Convention médicale, signée le 12 janvier 2005,** prévoit que les établissements disposant d'une **unité habilitée à recevoir des urgences**, ou ayant signé un contrat conférant le statut de **« relais »** d'un établissement habilité à recevoir des urgences, doivent s'assurer de l'astreinte opérationnelle chirurgicale (chirurgien et anesthésiste) la nuit, les dimanches et les jours fériés**. Cette astreinte est rémunérée 150 € par période de 12 heures.**

→ **Article L6314-1 du Code de la santé publique** : La permanence des soins est une mission de service public.

→ **Arrêt de la Cour de cassation du 14 janvier 2010 :** Toute astreinte effectuée doit être payée.

CSMF - 79,Rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél. : 01 43 18 88 00 - csmf@csmf.org
www.csmf.org



Spécialiste en établissement, imposez le paiement de vos astreintes



DEFINITION DE L'ASTREINTE

L'astreinte se définit comme la disponibilité du médecin pour répondre à une demande de soins la nuit entre 20 heures et 8 heures, le dimanche et les jours fériés entre 8 heures et 20 heures. Le médecin d'astreinte a l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans les meilleurs délais.



COMMENT TENTER D'OBTENIR LE PAIEMENT DES ASTREINTES ?

Chaque médecin doit adresser individuellement, en recommandé avec accusé réception, à la CPAM :

- → la liste des astreintes réalisées le mois précédent signée par le président de la CME et le directeur de l'établissement ;
- → une note d'honoraires pour le règlement, mentionnant le nombre d'astreintes (RPA) à 150 € ;
- → un relevé d'identité bancaire.

Le service juridique de la CSMF se tient à votre disposition pour vous défendre et vous conseiller dans vos démarches.

Votre médecin participe à une action nationale

Votre médecin applique le tarif de consultation à 23 €



Votre médecin participe à une action nationale

La caisse d'Assurance maladie a signé un accord permettant la valorisation de l'acte de consultant des médecins spécialistes et la reconnaissance financière de la pénibilité des gardes dans les cliniques.

Le gouvernement bloque la mise en œuvre de cet accord depuis trois ans.

Votre médecin exige le respect des engagements signés



CONFEDERATION DES SYNDICATS
MEDICAUX FRANCAIS

Sylvie Fontlupt Communication - Mars 2010 - Photo : © Fotolia XXI

www.csmf.org

Votre médecin participe à une action nationale

